

Weil Hastalığı: Bir Olgu Sunumu

Nail Özgüneş¹, Nüket Ceylan¹, Fatma Sargin¹, Erdal Polat²

Özet: *Leptospirozun asemptomatik olgulardan, ciddi seyirli Weil hastalığına kadar uzanan geniş bir klinik yelpazesi vardır. Ciddi seyirli formlar, karaciğer, böbrek, akciğer gibi multiorgan tutulumu ile kendini gösterir. Bu olguda da karaciğer, böbrek ve akciğer gibi iç organların şiddetle etkilendiği multiorgan tutulumu izlenmiştir.*

Anahtar Sözcükler: *Leptospira, Weil hastalığı, pulmoner emboli.*

Summary: *Weil's disease. A case report. Leptospirosis has a wide clinical spectrum which being from asymptomatic cases goes to severe Weil's disease. Severe forms shows multiorgan involvement like liver, kidney and lung. In this case, multiorgan involvement which affect liver, kidney and lung was seen.*

Key Words: *Leptospira, Weil's disease, pulmonary emboli.*

Giriş

Leptospiroz tüm dünyada yaygın olarak görülen bir zoonozdur (1). Leptospirozlu hastaların %90'ında hastalık hafif anikterik formda geçirilirken, %5-10'unda sarılık ile seyreden ağır leptospiroz "Weil hastalığı" tablosu gelişir (2). Deri ve mukozalardan giren leptospiralar kan dolaşımına karışıp beyin-omurilik sıvısı ve göz dahil bütün vücuda yayılır. Karaciğer hücrelerinde nekroz yapmadan hepatoselüler fonksiyon bozukluğuna yol açar. Böbreklerde tübül hasar ve intravasküler volüm azalmasına bağlı olarak gelişen hipovolemi ve hipotansiyon böbrek yetmezliğine neden olabilir (3,4). Multiorgan tutulumunun olduğu bu vakada olduğu gibi tanının kısa sürede konularak antibiyotik ve destekleyici tedaviye hemen başlanmış olmasının hayat kurtarıcı olduğu vurgulanmak istenmiştir.

Olgu

Son 15 gündür belediyenin kanalizasyon künk dөşeme içinde çalıştığını söyleyen 51 yaşındaki erkek hasta, ateş, bulantı, tüm vücutta yaygın ağrı, gözaklarında ve vücudunda sararma, idrar renginde koyulaşma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede gözaklarının ve vücudunun sarı renkte olduğu görüldü. TA 110/70 mmHg, ateş (aksiller) 38.2°C idi. Kardiyovasküler ve solunum sistemi muayeneleri normaldi. Hepatosplenomegali yoktu. Servisimize yatırılan hastaya anamnez ve fizik muayene ile şüphelenilen, laboratuvar tetkikleri (Tablo 1) ile desteklenen Weil hastalığı ön tanısı ile ampicilin (2 gr/gün) ve doksisisiklin (200 mg/gün) tedavisi başlandı. Tablo 1'de de görüldüğü gibi üre ve kreatinin düzeyleri yükselmiş olan hastada akut böbrek yetersizliği gelişmiş olduğu düşünüldü.

Nefroloji uzmanı tarafından önerilen destek tedavisiyle diyalize gereksinim duyulmadan yatışının 7. gününde üre 132 mg/dl'ye, kreatininin 2.1 mg/dl'ye geriledi. AST, ALT ve bilirübin düzeylerinde ise artış gözlemlendi. Total bilirübin 28.8 mg/dl'ye kadar yükseldi. Aynı gün hastanın vücudunda yaygın, makülapapüller, purpurik döküntüler ortaya çıktı (Resim 1).

Antibiyotik tedavisine 14 gün devam edildi. Tedavinin 3. gününde hastanın ateşi düştü. 2. haftanın sonunda üre, kreatinin, CRP ve lökosit düzeyleri normale döndü. Tedavinin kesilmesinden bir gün sonra aniden gelişen solunum sıkıntısı, sırtının sağ tarafında ağrı şikayeti oluşan hastanın çekilen EKG'sinde DI, D2 ve V1-V6'da T negatiflikleri tespit edildi. Koroner yoğun bakım ünitesine alınan hastanın CPK MB sonucunu normal, kan gazı sonuçları, hem O₂, hem CO₂ saturasyonu düşük, D-dimer 6506 µg/ml (500'ün altı normal kabul edilmektedir) olarak bulundu. Pulmoner emboli tanısıyla heparin infüzyonuna başlandı ve Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesine sevki yapıldı. Hastanın 15 günlük tedavi sonrası sağlık ile taburcu olduğu öğrenildi.

Hastanın idrar ve kan örneği karanlık alan mikroskopunda incelenmiş; idrar örneğinde *Leptospira* görüldüğü halde kan



Resim 1. Weil hastalığı seyirinde görülen döküntüler.

(1) SSK Göztepe Eğitim Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Kadıköy-İstanbul

(2) İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Cerrahpaşa-İstanbul

Tablo 1. Hastalık Seyrindeki Laboratuvar Bulguları

	Yatış	Birinci Hafta	İkinci Hafta
Lökosit (/mm ³)	16 000	22 000	8 300
Hemoglobin (gr/dl)	11	10	8
Hematokrit (%)	35	31	25
Trombosit (/mm ³)	226 000	239 000	570 000
CRP (gr/dl)	25.3	9.6	1.88
Üre (mg/dl)	270	132	40
Kreatinin (mg/dl)	8.1	2.1	0.9
AST (Ü/lt)	226	173	57
ALT (Ü/lt)	70	279	58
Sodyum (mEq/lt)	118	133	138
Potasyum (mEq/lt)	4.28	3	3.06
Total bilirübin (mg/dl)	19	28.8	6.1
CPK (Ü/lt)	2100	150	
Protrombin zamanı	11.3 saniye		
HBsAg	Negatif		
Anti-HCV	Negatif		

örneğinde *Leptospira* görülmemiştir. Ancak serum örneğinde lateks aglutinasyon (Sanofi Pasteur, France) testi pozitif ve MAT testi ise *L. icterohaemorrhagiae copenhageni wijnberg* 1/400 titrede pozitif olarak bulunmuştur. İdrar ve kan örneğinin Fletcher, BSK ve EMJH besiyerlerinde kültürü yapılmıştır. Kan ve serum örneği kültürlerinde üreme olurken idrar örneği kültürlerinde üreme olmamıştır.

İrdeleme

Leptospirozun en sık bulaşma yolu infekte hayvanın idrarı ile kontamine olmuş göl, havuz, kanal suyu, bataklık ve piriç tarlalarındaki gibi sularla temas sonucu derideki yaralardan, ağız, burun ve mukozalardan etkenin alınması şeklindedir.

Meslek hastalıklarından sayılan leptospirozda; en fazla bulaşmaya maruz kalanlar; tarım işlerinde ıslak toprakla veya hayvanlarla uğraşanlar, maden işçileri, lağım ve kanal temizleyicileridir.

Kanalizasyon işinde koruyucu lastik çizme olmadan kirli sulara girerek çalıştığını söyleyen hastada bulaşmanın kirli sularla temas eden ayaklarındaki gözle görülemeyen sıyrıklar nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Leptospirozun anikterik formu, grip benzeri tablo ile veya diğer tüm akut ateşli hastalıklar gibi karşımıza çıkabilir (5). Özgül klinik bulguları olmadığından tanı koymak güçtür. İkteirik formda karşımıza çıkan bu olguda ateş, karaciğer ve böbrek tutulumu, anamnez, Weil hastalığı tanısı için yönlendirici olmuştur.

Weil hastalığı leptospirozun ciddi bir formudur. Türkiye'de sık olmamakla birlikte bildirilen çeşitli olgular bulun-

maktadır (6-8). Ataoğlu ve arkadaşları (9) ile Çaşkurlu ve arkadaşları (10)'nın sunduğu vakalardan da anlaşıldığı gibi Weil hastalığının tanınması güç ve tanıda gecikildiğinde mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Başta böbrek, karaciğer ve akciğer olmak üzere çeşitli organ tutulumlarıyla seyrederek. Ölüm genellikle multipl organ yetersizliği sebebiyle olur (5). Hipotansiyon, dehidratasyon, hemoraji ve renal yetersizlik açısından destek tedavisi yapılmalıdır (11). Akut böbrek yetersizliği tablosunun olduğu bu olguda çok yüksek kreatinin düzeylerine rağmen destek tedavisi ile hemodiyalize ihtiyaç olmadan kreatinin seviyesinin düşürülmesi mümkün olmuştur.

Hastada 2. haftanın sonunda gelişen pulmoner embolinin endotel hasarı, fibrin agregatları veya endotelde *Leptospira* antijeninin birikimi sebebiyle gelişmiş olabileceği düşünülebilir (12).

Sonuç olarak, hepatitler, Wilson hastalığı, Reye sendromu, Q ateşi, polimyozit, riketsiyoz, grip, ensefalit, bruselloz, toksoplazmoz, sıtma, sepsis, toksik şok sendromu gibi çok çeşitli hastalıklarla ayırımının yapılması gereken Weil hastalığında zaman zaman tanıda güçlüklerle karşılaşılabilir. Bu olgudaki gibi ateş, lökositoz, CPK yüksekliği ve sarılık ile seyreden, multiorgan tutulumunun olduğu hastalarda ayırıcı tanıda Weil hastalığı mutlaka düşünülmeli, erken başlanan antibiyotik ve destek tedavisinin hayat kurtarıcı olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Barlett JG. Leptospirosis. In: Gorbach SL, Barlett JG, Blacklow NR, eds. *Infectious Diseases*. Philadelphia: Saunders, 1992: 1295-302
2. Tapena JW, Ashford DA, Perkins BA. Leptospirosis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000: 2495-500
3. Caplan CE: Leptospirosis at work and at play. *Can Med Assoc J* 1998; 159(9): 1151-2
4. Plank R, Dean D. Overview of the epidemiology, microbiology and pathogenesis of *Leptospira* spp. in humans. *Microbes Infect* 2000; 2: 1265-76
5. Lomar AV, Diamant D, Torre JR. Leptospirosis in Latin America. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14(1): 23-39
6. Bölüköğlu MA, Göksel U, Gökdemir O. Bir *Leptospira gripposatyposa* vakası. *Ege Üniv Tıp Fak Mecm* 1968; 455(7): 210-2
7. Çelik OŞ. İki Weil hastalığı vakası. *Türk Tıp Cemiy Mecm* 1941; 149(7): 126-9
8. Keskin AN, Karaosmanoğlu P, Anç Ö, Dedeoğlu F, Müderrisoğlu C, Gönenç U. Bir olgu nedeniyle leptospirosis. *İnfeksiyon Derg* 1989; 373(3): 84-7
9. Ataoğlu HA, Bal Ç, İnal Ö, Keskin N, Anç Ö. Ölümle sonlanan bir leptospiroz olgusu. *İnfeksiyon Derg* 1995; 9(1-2): 221-2
10. Çaşkurlu H, Öztürk R, Polat E, Bağdatlı Y. Bir leptospiroz olgusu. *İnfeksiyon Derg* 1995; 9(1-2): 223-4
11. Farr RW. Leptospirosis. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 1-8
12. Nicodemo AC, Duarte MI, Alves VA, Takakura CF, Santos RT, Nico EL. Lung lesions in human leptospirosis: microscopic, immunohistochemical and ultrastructural features related to thrombocytopenia. *Am J Trop Med Hyg* 1997; 56(2): 181-7